

Г. Электросталь

Я, _____ Клиент Клиент Клиент

настоящим подтверждаю что, в соответствии со статьями 20, 21, 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня заболевания, и о том, что мои ранее леченые (депульпированные) зубы нуждаются в реставрации по причине (нужное отметить):

K02.0 Кариес эмали—на зубе произошло помутнение эмали, видимых разрушений нет, инструментальное обследование зондом не дало никаких признаков изменения структуры или на поверхности зуба появилась темная пигментация, при осмотре зуба зондом выявлено размягчение эмали

K02.1 Кариес дентина—поражены ткани эмали и дентина

K02.2 Кариес цемента—почти полное разрушение зуба

Иные болезни твердых тканей зубов _____

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение следующих осложнений заболевания: полное разрушение наружной (коронковой) части зуба; перелом зуба; прогрессирование зубоальвеолярных деформаций; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функций речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата зубов остаточного прикуса; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатологии.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что с учетом диагноза заболевания такое медицинское вмешательство, как реставрация ранее депульпированного зуба будет включать в себя следующие этапы: анестезия; наложение коффердама (изоляция зуба от полости рта латексной завесой); очищение от некротизированного дентина и эмали с помощью сверления; формирование стенок и дна для оптимального наложения пломбы; при необходимости извлечение установленных ранее штифтов; частичное распломбирование канала зуба и подготовка его к постановке металлического или стекловолоконного штифта; постановка такого штифта (металлического на специальный цемент, стекловолоконного на специальный светоотверждаемый фиксирующий раствор); обработка антисептиками; наложение пломбы; пришлифовка пломбы к остальным зубам по прикусу, чтобы она не мешала при жевании; воссоздание вида здорового зуба, соблюдая все анатомические тонкости.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что в процессе реставрации ранее леченого (депульпированного) зуба могут быть обнаружены дефекты произведенного ранее пломбирования каналов зуба или дефекты обработки полости зуба. В этом случае может возникнуть необходимость перелечивания каналов зуба, гемисекции (разделения корней с частичным их удалением) зуба, хирургического увеличения экстраальвеолярной (наддесневой) части зуба, удаления зуба. На данные виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов), восстановительное ортопедическое лечение (вкладки, накладки, виниры, люминиры) или отсутствие лечения вообще.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что в случае, если ранее зуб был лечен (депульпирован) в другой клинике, то ни врач, проводящий реставрацию зуба, ни Исполнитель не могут нести никакой ответственности за это произведенное ранее лечение, так как ни визуально, ни рентгенологически, ни иным способом невозможно обнаружить все возможные дефекты такого лечения.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что:

- в связи с недостаточностью собственных тканей зуба, их истончением, возможными дефектами произведенного ранее лечения, необходимостью извлечения ранее установленных штифтов и прочее, данное лечение является лишь попыткой спасения зуба, и положительный результат реставрации ранее леченого (депульпированного) зуба не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов; даже при успешном завершении лечения существует категорическая необходимость покрытия этого зуба ортопедической коронкой;
- возможны следующие неблагоприятные последствия и осложнения после проведенного медицинского вмешательства: некачественное прохождение (распломбирование) и расширение корневого канала; перелом эндодонтического инструмента в корневом канале; перфорация стенки корневого канала или стенки зуба; неполное пломбирование корневого канала; рецидив воспалительного процесса в периапикальных тканях зуба; перелом корня зуба; отлом или дальнейшее разрушение наружной (коронковой) части зуба; аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения;
- ввиду специфики медицинской деятельности, невозможно предоставить мне гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем даже при успешном завершении лечения.

Я предупрежден(а) и согласен(на) с тем, что объем манипуляций в ходе процедуры может варьироваться, а окончательный выбор объема корректируется во время проведения процедуры врачом. В случае необходимости корректировки процедуры или проведения другой процедуры я доверяю врачу принять соответствующее решение и выполнить любые медицинские действия, которые он сочтет необходимыми. В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. В случае возникновения неотложных ситуаций, даю согласие на госпитализацию.

Мне разъяснено, что симптомами осложнений после лечения являются болевые ощущения в области вмешательства, и что при появлении болевых ощущений после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику ООО «Дюна» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений. При отсутствии осложнений посещение врача осуществляется по плану.

Я добросовестно поставил(а) в известность и ответил(а) на все вопросы врача обо всех проблемах своего здоровья, в том числе о(б): аллергии; индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов; перенесенных и известных травмах, операциях, заболеваниях; принимаемых лекарственных средствах; об экологических, производственных факторах физической, химической, биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности. Я подтверждаю, что в анкете назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния.

Я сообщил(а) правдивые сведения о себе, а именно: о наследственности; об употреблении алкоголя, наркотических, токсических средств. Я понимаю, что выполнение процедуры при существующих противопоказаниях к ней могут спровоцировать нежелательные побочные эффекты.

Я утверждаю, что противопоказаний, о которых меня информировал врач, у меня нет. При наличии у меня противопоказаний и не уведомлении о них врача в случае возникновения побочных эффектов процедуры я отвечаю за все последствия без претензий к врачу и Исполнителю.

Я подтверждаю, что в доступной форме уведомлен(а) и в полной мере проинформирован(а) врачом о(об):

- осуществляемой Исполнителем медицинской деятельности;
- режиме работы Исполнителя;
- видах, качестве, условиях предоставления медицинской помощи;
- уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- альтернативных методах лечения;
- возможной необходимости выполнения других медицинских вмешательств, процедур, исследований, мероприятий;
- показаниях, противопоказаниях, возможных побочных реакциях, осложнениях, возможном риске, последствиях, результатах;
- необходимости соблюдения режима при проведении процедуры, регулярном применении назначенных препаратов;

- необходимости немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, незамедлительной явке на осмотр в случае возникновения осложнения, обязанности информирования врача о состоянии здоровья;
- согласовании с врачом приема новых препаратов перед их применением;
- риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов;
- о возможном отличии результатов процедуры от ожидаемых, о невозможности гарантировать врачом только положительных результатов процедуры и с этим соглашаюсь;
- качественном выполнении врачом соответствующей квалификации клинических, диагностических, технологических этапов проведения процедуры, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Я подтверждаю, что:

- текст мною прочитан, полученные объяснения врача меня полностью удовлетворяют, понятно содержание и назначение данного документа, понятен смысл всех терминов;
- все данные, полученные от меня, записаны верно;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- рекомендации после проведения процедуры предоставлены в полном объеме;
- понимаю, что несоблюдение указанных рекомендаций, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой процедуры, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье;
- понимаю, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений;
- имел(а) возможность задать врачу все интересующие вопросы, и врачом даны исчерпывающие ответы на все заданные вопросы;
- данное согласие является подтверждением обсуждения мною с врачом вышеупомянутой процедуры;
- согласен(на) с тем, что назначение врачом вышеуказанной процедуры носит лишь рекомендательный характер;
- согласен(на) на фото видео документирование процедуры и понимаю, что эти фото и видео документы станут собственностью Исполнителя, и могут быть использованы для научных, учебных целях, но не будет нарушать конституционных прав на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность;
- в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390 даю согласие на проведение при необходимости следующих манипуляций и вмешательств: опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза), осмотр, исследования, термометрию, измерение артериального давления, введение лекарственных препаратов, назначение лечебно-оздоровительного режима;
- согласен(на) с тем, что в случае своего обращения в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) в период проведения процедуры (курса процедур), без согласования с врачом, для продолжения лечения или устранения допустимых реакций и осложнений организма на процедуру, исключается виновное пренебрежение моими и представляемого законными интересами со стороны врача и Исполнителя, и, как следствие, врач и Исполнитель не принимают на себя ответственности за проведение стороннего альтернативного вмешательства, результат вмешательства и невозможность завершения начатой процедуры.

Я разрешаю в случае необходимости, в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона №323-ФЗ, предоставить информацию о своем (представляемого) диагнозе, степени тяжести, характере заболевания гражданам:

(указать Ф.И.О., год рождения, контактная информация, по желанию – степень родства)

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

На основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом ООО «Дюна».

Беседу провёл врач

_____ (подпись)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства

_____ (подпись)

(Клиент К.К.)

Пациент отказался от проведения медицинского вмешательства

_____ (подпись)

(Клиент К.К.)